

# ТЕХНИКО-ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОВТОРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ГЭРБ И ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

КОЛЕСНИКОВ С.А., БУГАЕВ В.В., БУГАЕВА С.Р., КУНИЦА Е.В.

- ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», НИУ «БелГУ», кафедра факультетской хирургии
- ОГБУЗ «Корочанская ЦРБ»

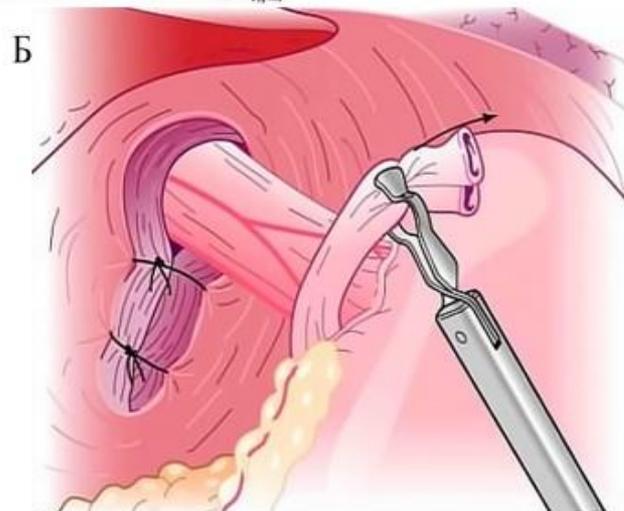
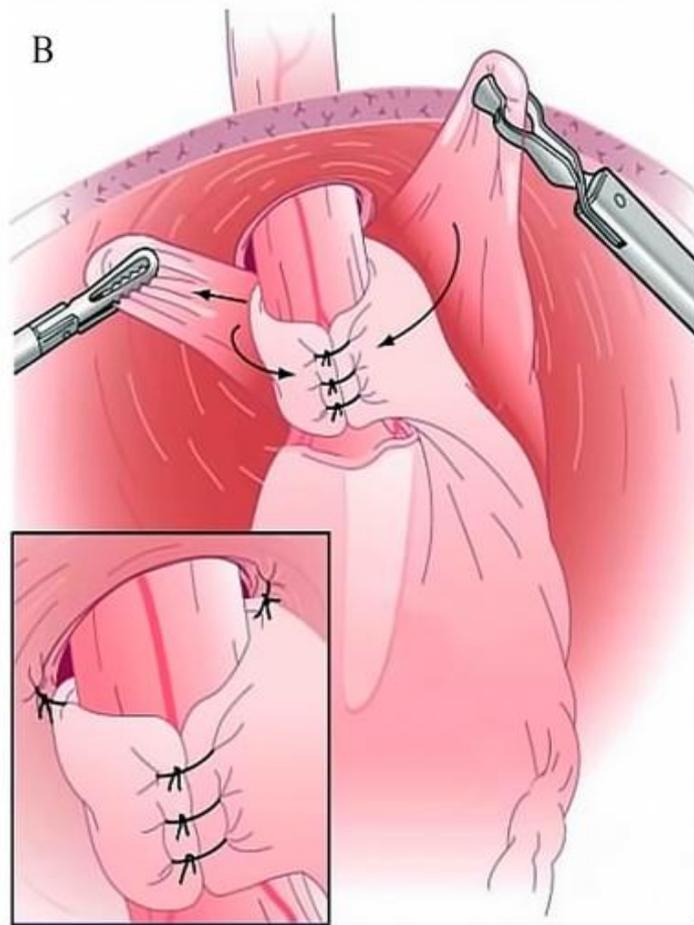
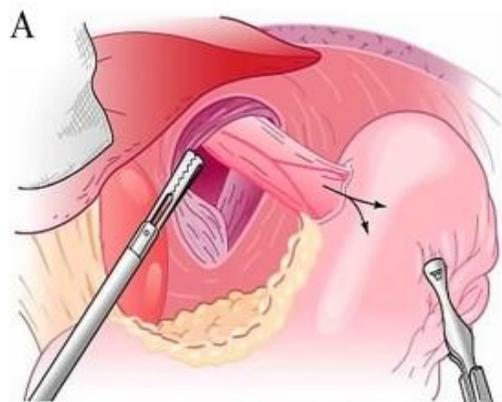
Белгород, 2021

# ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

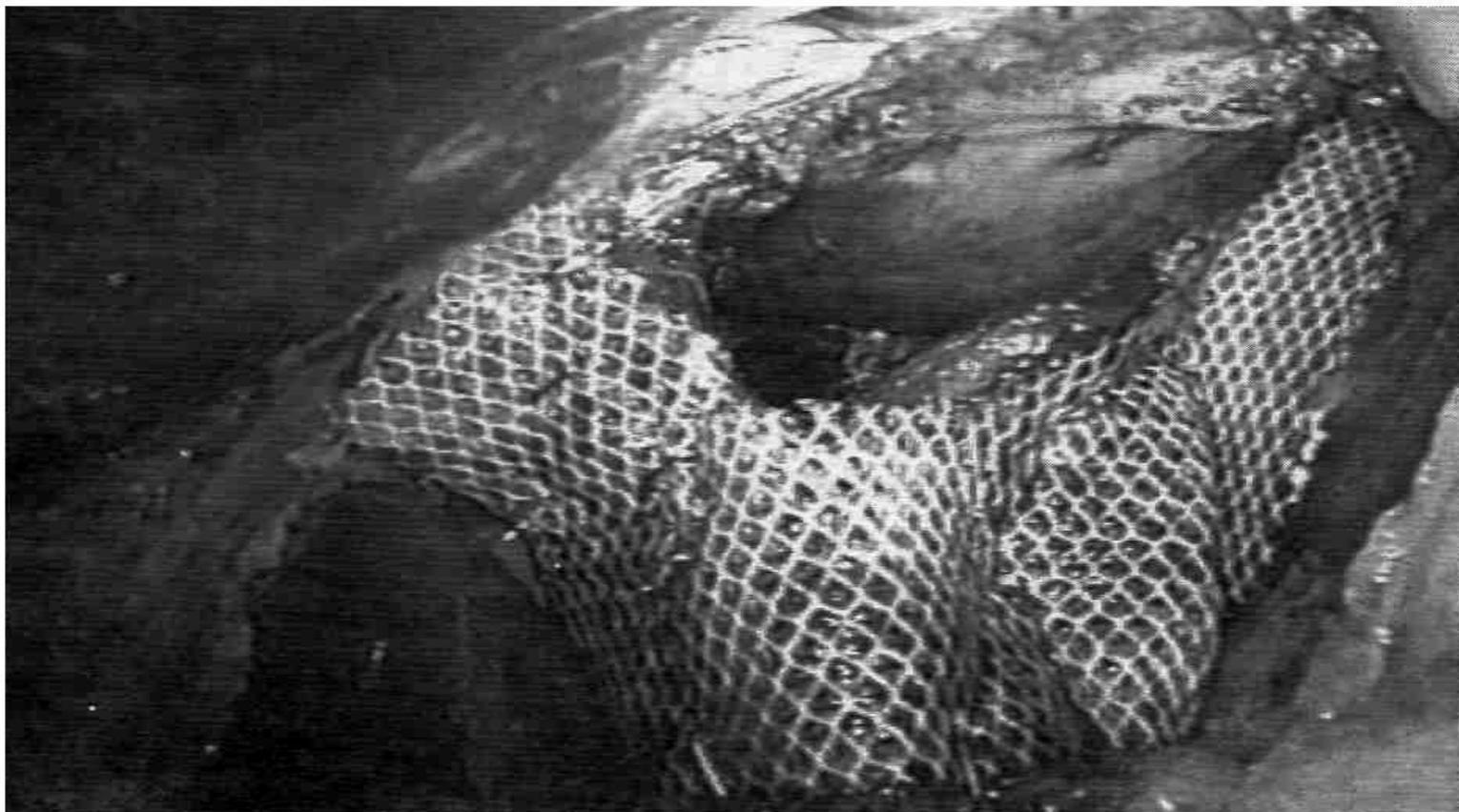
ОПРЕДЕЛИТЬ ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГЭРБ И ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ, ОБОСНОВАТЬ ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.

Способ Nissen подразумевает создание фундопликационной манжеты. Этот метод представляют собой коррекцию угла Гисса и фиксацию желудка к диафрагме. Он выполняется только при скользящих аксиальных грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, при достаточной длине абдоминального отдела пищевода. При формирующемся укорочении пищевода, а тем более при сформированном «коротком пищеводе» выполнить манжету по Ниссену технически сложно, переместить дистальную часть пищевода в брюшную полость можно, но ее не удастся удержать там какими-либо швами

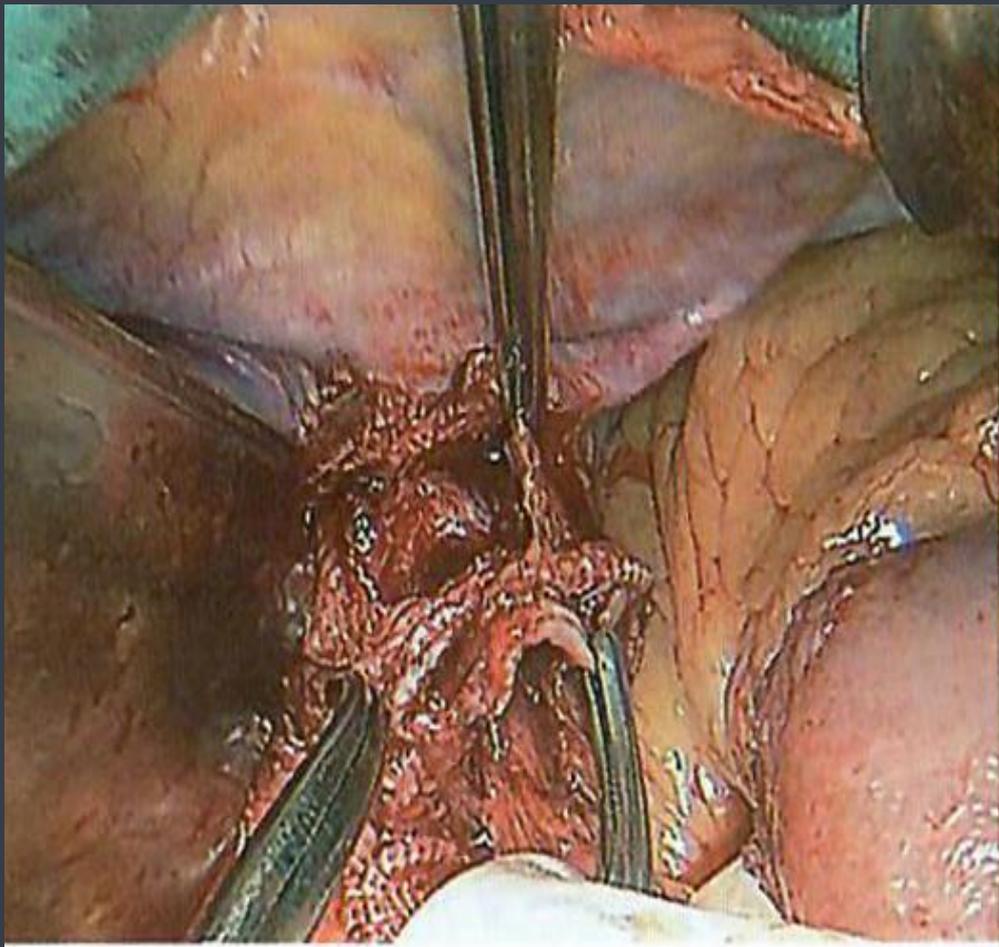
# ФУНДОПЛИКАЦИЯ НИССЕНА



# ФИКСАЦИЯ СЕТКИ ПОЗАДИ ПИЩЕВОДА ПОВЕРХ ЗАДНЕЙ КРУРОРАФИИ



**РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ОПЕРАЦИЯ С УДАЛЕНИЕМ  
СИНТЕТИЧЕСКОГО ЭКСПЛАНТА ПО ПОВОДУ  
ОСЛОЖНЕНИЙ АНТИРЕФЛЮКСНОГО  
ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО NISSEN С АЛЛОПЛАСТИКОЙ  
ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ**



# ОСЛОЖНЕНИЯ

- НЕУДАЧНЫЕ ИСХОДЫ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ СПОСОБАМИ NISSEN— 17-30%, ИЗ НИХ ДИСФАГИЯ И БОЛЕВОЙ СИНДРОМ — 10-21%,
- РЕЦИДИВ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА — 8-22%.

СВОДНЫЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ МНОГОЦЕНТРОВЫХ РАНДОМИЗИРОВАННЫХ  
ИССЛЕДОВАНИЙ

HAYWARD G. (1961); GUELRUD M. ET AL. (1985); FERNANDES F.V. ET AL. (1995); HUNTER J.G. ET AL. (1996); HIROTA W.K. ET AL. (1999); CURET M.J. ET AL. (1999); ЧЕРНОУСОВ А.Ф. И СОАВТ. (2000); АРУТЮНОВ А.Г. (2005); KILGORE S.P. ET AL. (2000); AXELROD D.A., DIVI V., ALUNI M.M. (2002); BAJAJ J.S., BAJAJ S., DUA K.S. (2006); JUNG H.K. ET AL. (2007); ЛАЗЕБНИК Л. Б. И СОАВТ. (2011).

Причинами дисфагии и болевого синдрома явились сдавление пищевода фундопликационной манжетой, несоответствие размеров манжеты параметрам абдоминального отдела пищевода и вновь сформированного пищеводного отверстия диафрагмы

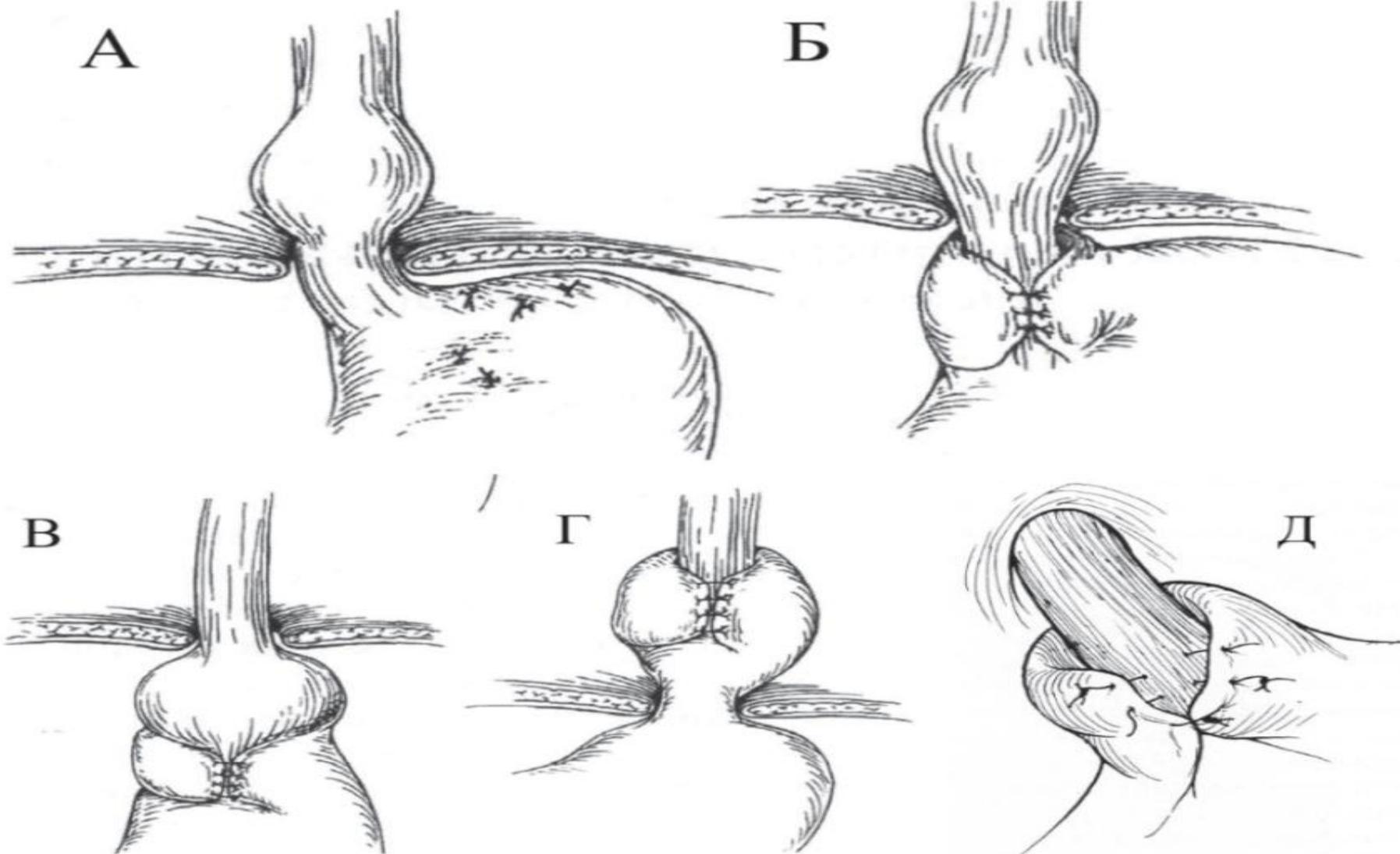


рис. 78 Осложнение после фундопликации Nissen:  
 А - полный разворот манжеты при прорезывании швов;  
 Б - «slippage» - синдром; В - перемещение манжеты на кардиальный отдел желудка; Г - втягивание манжеты в заднее средостение и сдавление желудка в пищеводном отверстии диафрагмы;  
 Д - частичный разрыв фундапликационной манжеты

УЧИТЫВАЯ, ЧТО СОКРАЩЕНИЕ ПИЩЕВОДА  
ПРОИСХОДИТ В ПРОДОЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ  
МАНЖЕТА ЗАКОНОМЕРНО БУДЕТ МИГРИРОВАТЬ  
В ЗАДНЕЕ СРЕДОСТЕНЬЕ ВЫШЕ УРОВНЯ  
ДИАФРАГМЫ И СУЖЕННОЕ КРУРОРАФИЕЙ  
ПИЩЕВОДНОЕ ОТВЕРСТИЕ БУДЕТ ЭТОМУ  
ПРЕПЯТСТВОВАТЬ.

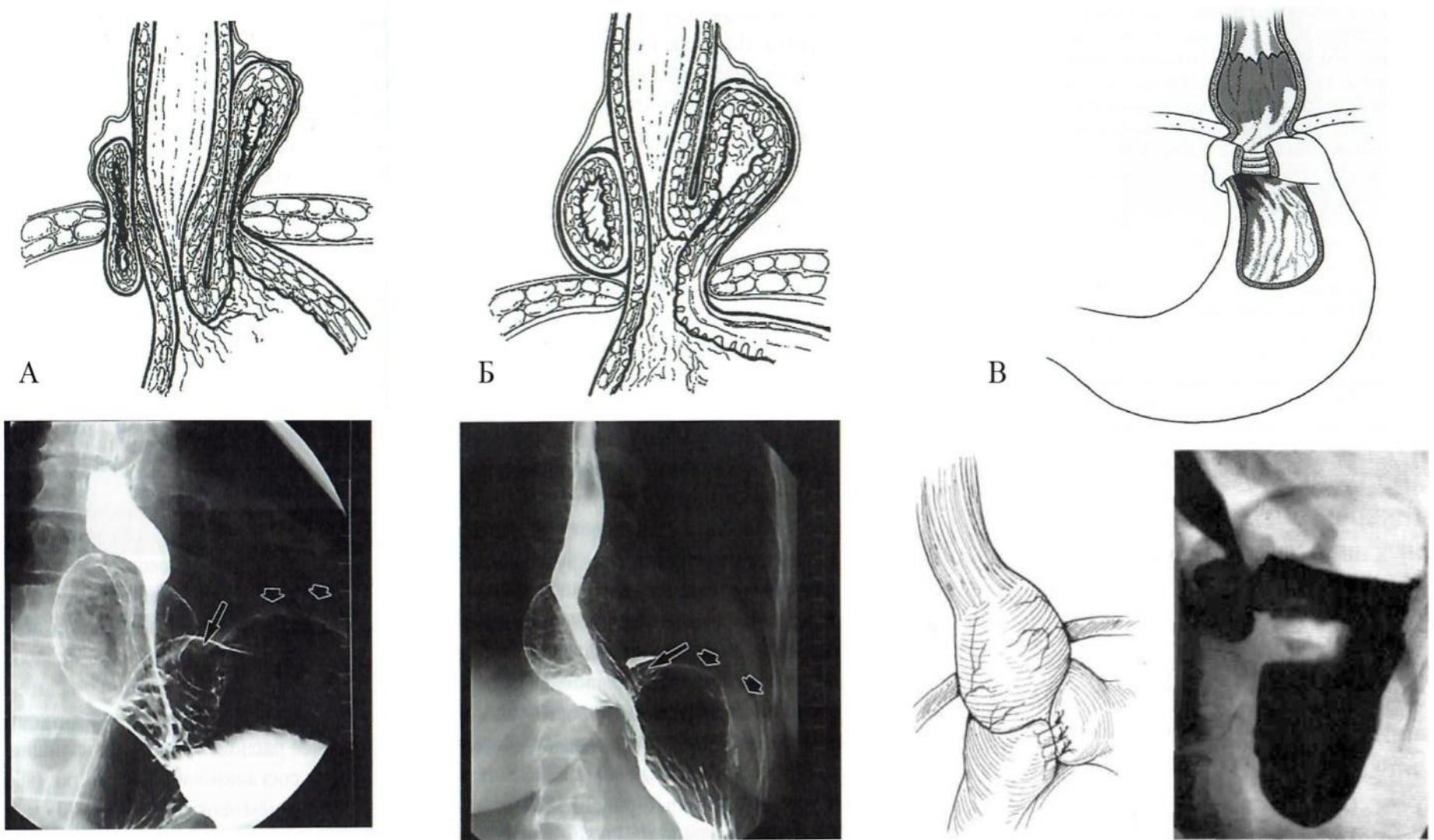


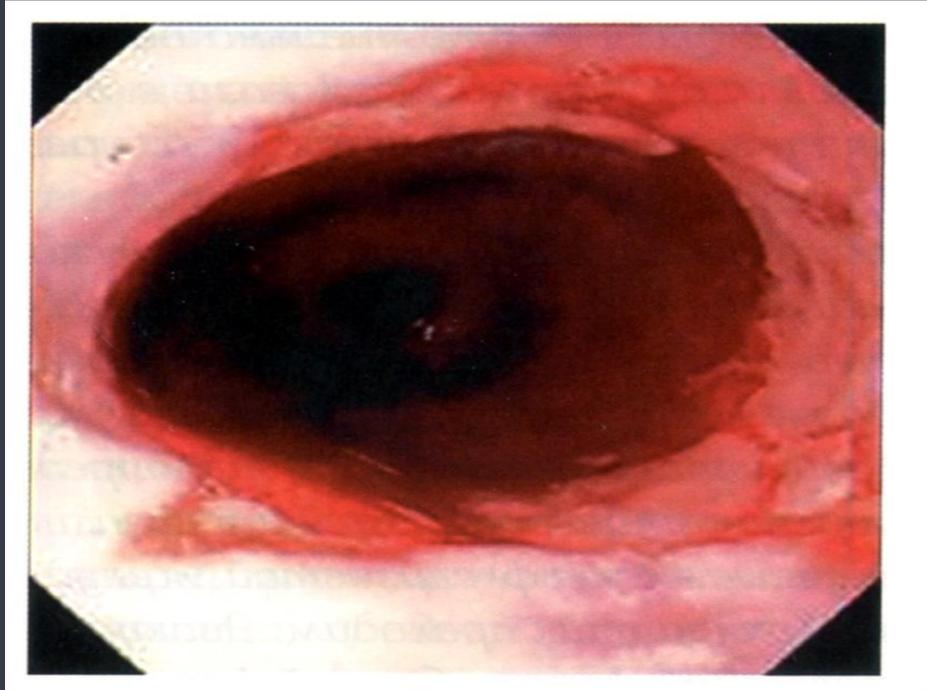
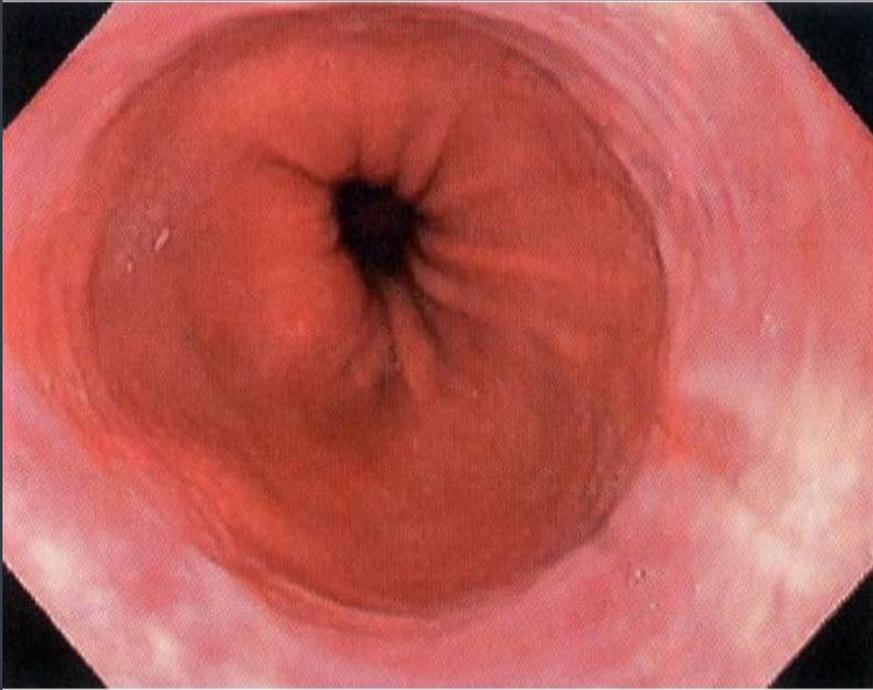
рис. III Схемы и рентгенограммы осложнений антирефлюксных операций:

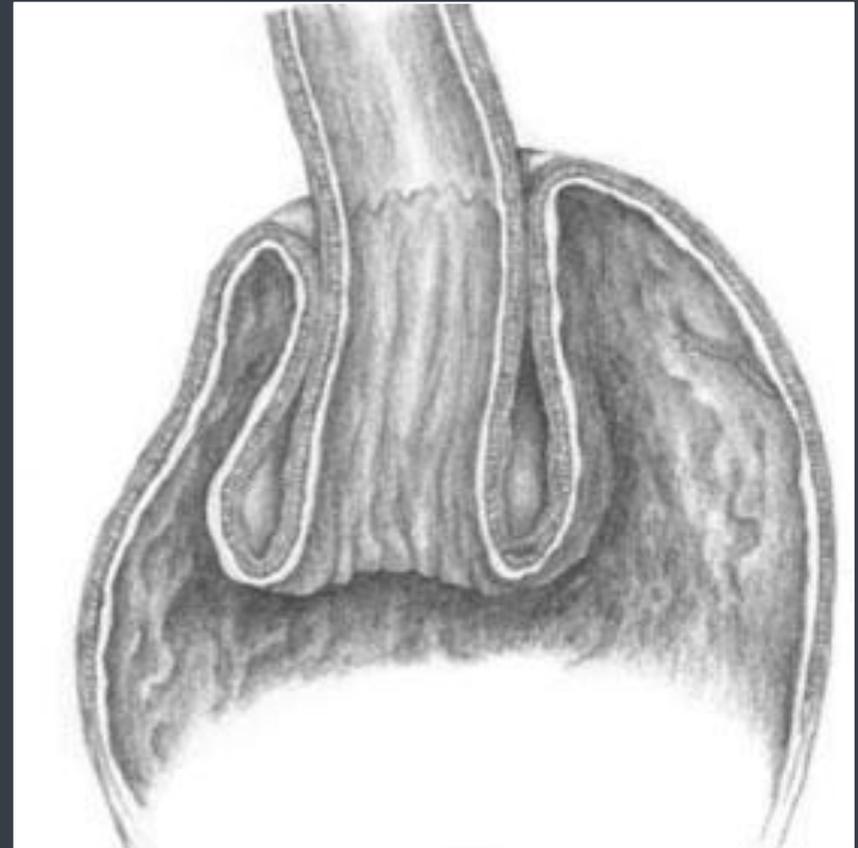
А - сдавление манжеты в области пищевого отверстия диафрагмы;

Б - миграция манжеты в заднее средостение и сдавление желудка в суженном пищеводном отверстии диафрагмы;

В - соскальзывание фундопликационной манжеты по Nissen (slippage - syndrom).

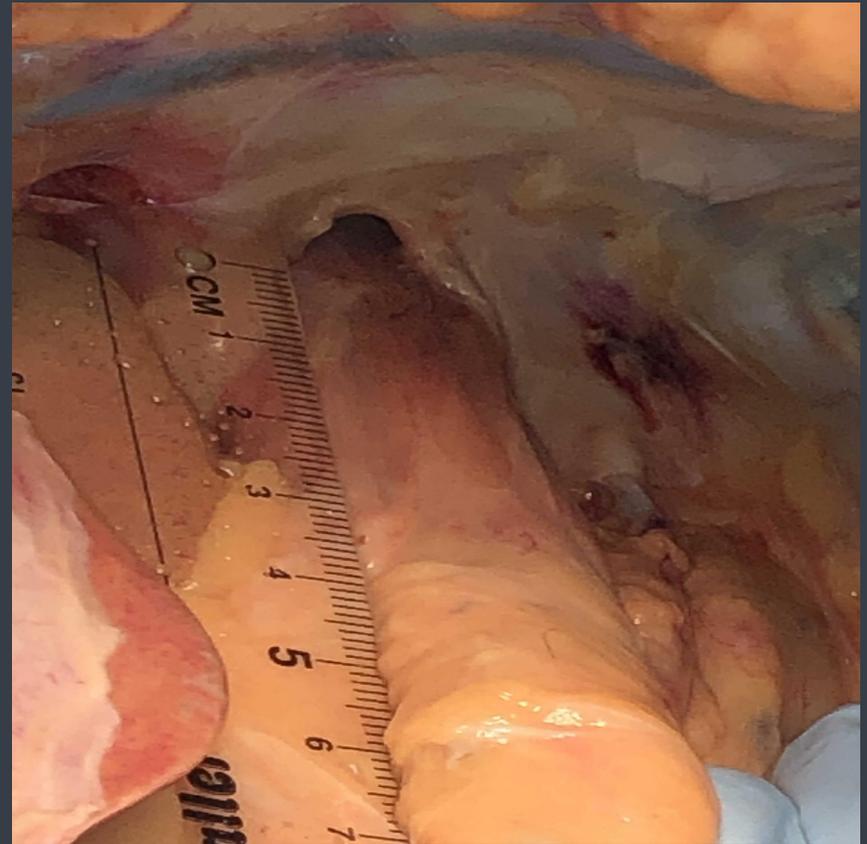
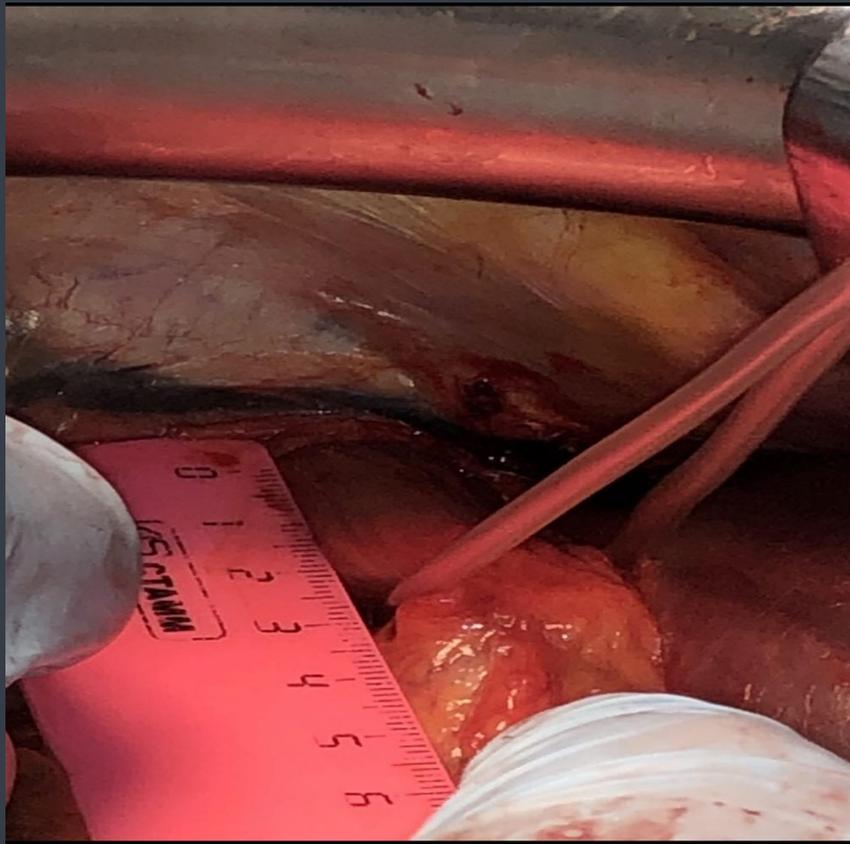
Причиной желудочно-пищеводного рефлюкса является некорригированное нарушение жомно-клапанной функции кардии с ее зиянием.





С ЦЕЛЬЮ УТОЧНЕНИЯ ОБОСНОВАННОСТИ  
ЭТАПОВ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И  
КОНКРЕТИЗАЦИИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ  
ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕДНИХ НАМИ ВЫПОЛНЕННЫ  
АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ  
НА 113 ТРУПАХ (67-МУЖСКОГО – И 46-  
ЖЕНСКОГО ПОЛА) УМЕРШИХ В ВОЗРАСТЕ ОТ 34  
ДО 76 ЛЕТ.

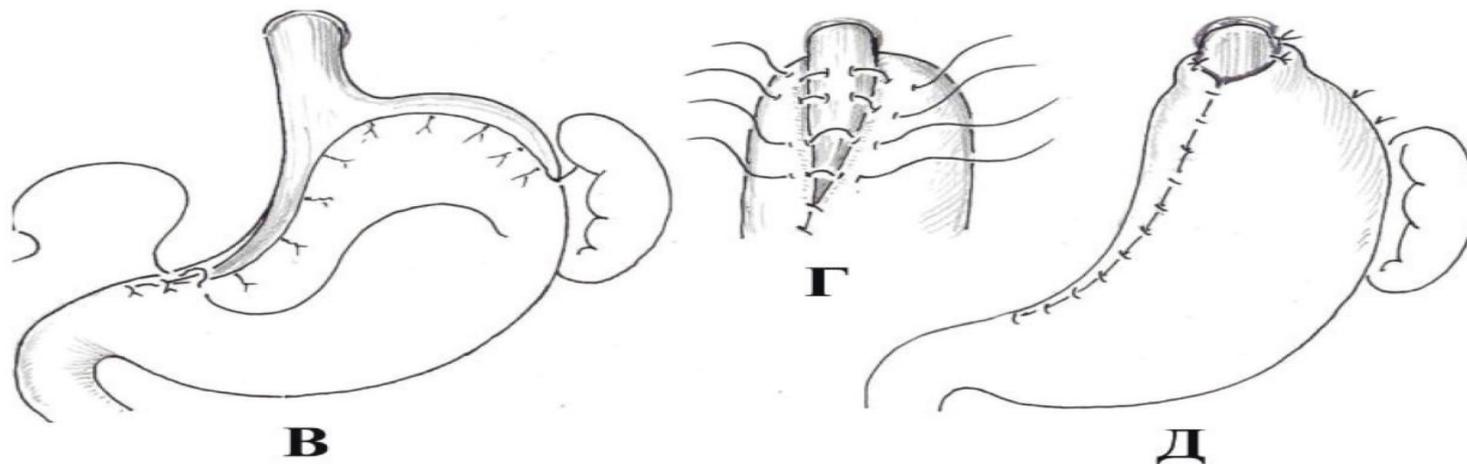
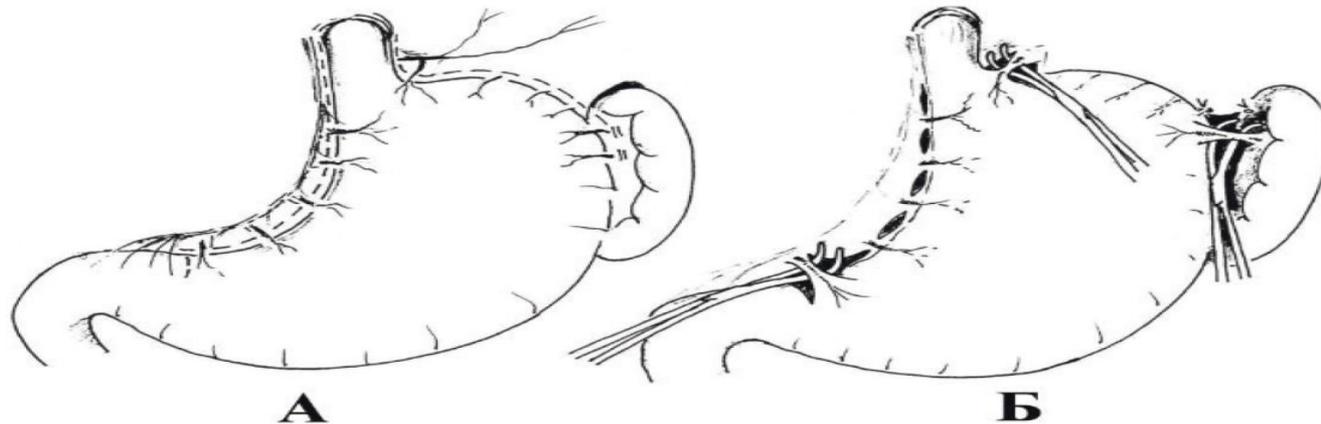
ПАРАМЕТРЫ СОСТАВИЛИ ОТ 22 ДО 62 ММ.,  
ПРИЧЕМ У МУЖЧИН В СРЕДНЕМ 3.8 СМ , У  
ЖЕНЩИН 3.6 СМ

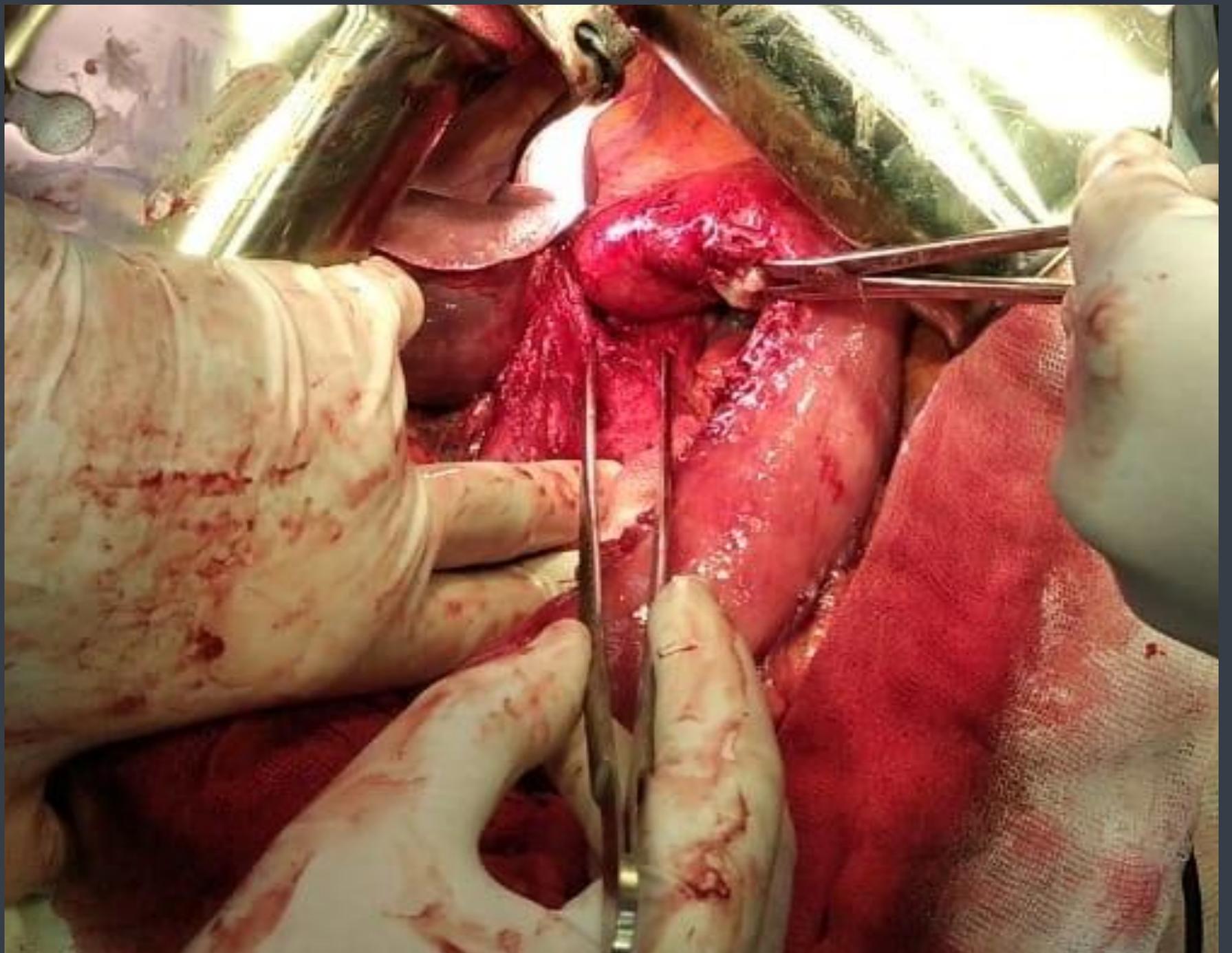


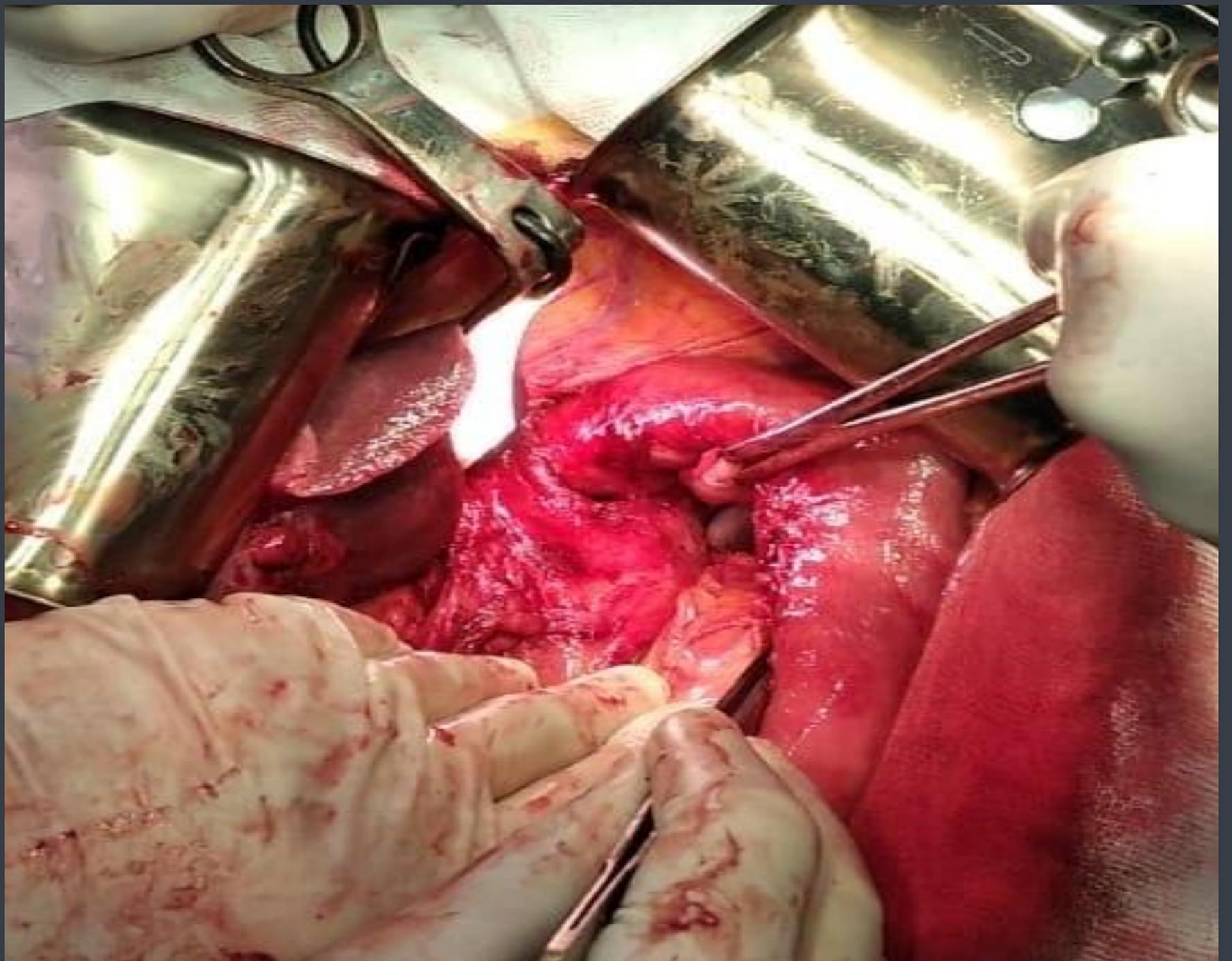
Полученные данные позволяют  
усомниться в целесообразности во всех  
случаях формирования  
фундопликационной манжеты высотой 4  
см. и считать этот показатель предельно  
допустимым.

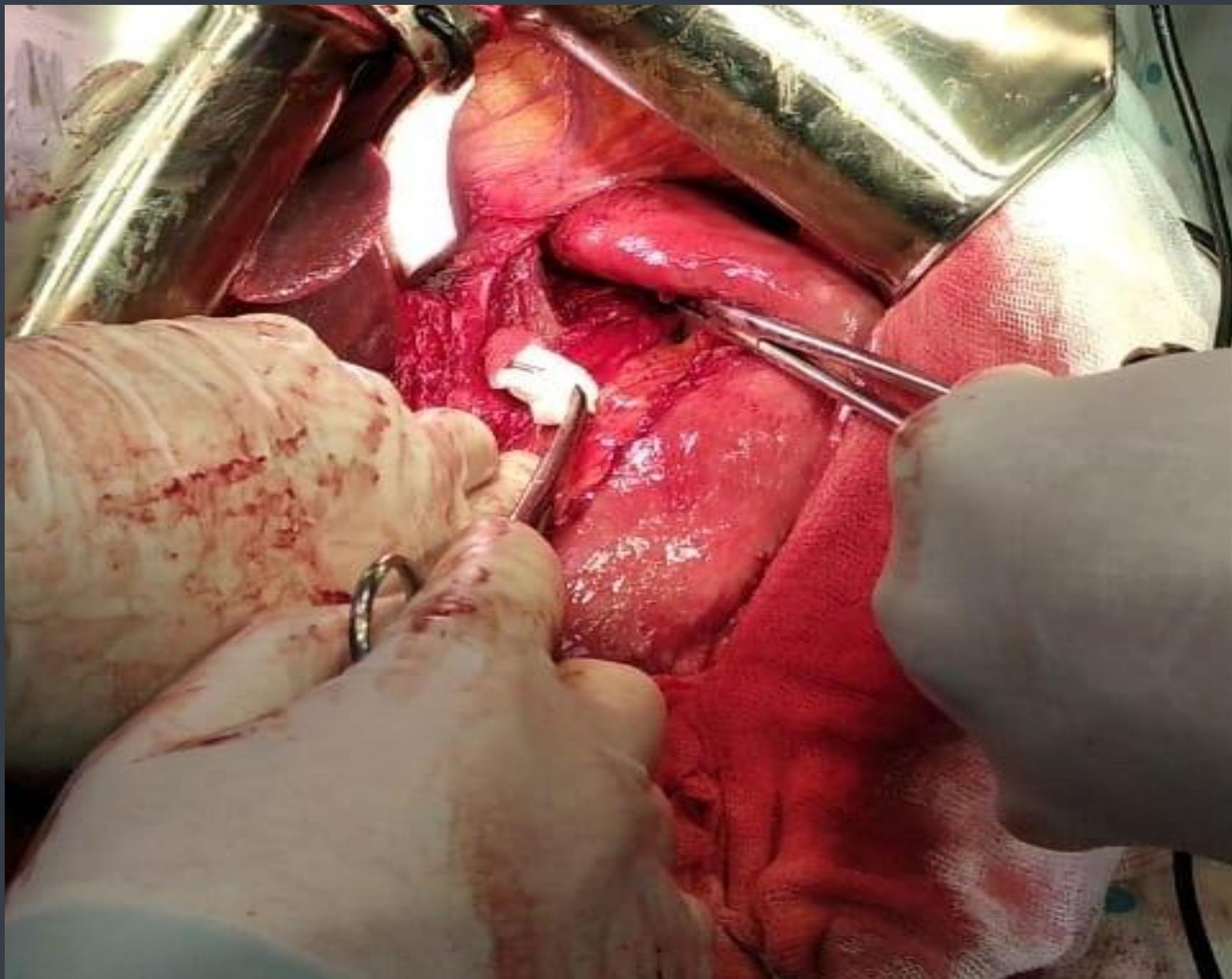
- СДАВЛЕНИЕ ПИЩЕВОДА МАНЖЕТОЙ ИЛИ ЕЕ СОСКАЛЬЗЫВАНИЕ ТРЕБУЕТ СНЯТИЯ С НЕЕ ШВОВ И РЕФУНДОПЛИКАЦИИ, АДЕКВАТНОЙ ДЛИНЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА.
- При недостаточной коррекции жомно-клапанной функции кардии необходимо выполнение этапов селективной проксимальной ваготомии (частичной СПВ) с легированием задней восходящей и 1-2 верхних коротких артерий, гофрирования малой кривизны желудка в проксимальной части с приближением угла Гиса к правой стенке кардии.
- Зауженное пищеводное отверстие диафрагмы и сдавление манжеты в нем требуют снятия крурорафии, снятия швов с манжеты и выполнения рефундопликации, адекватной длине абдоминального отдела пищевода и размерам пищеводного отверстия диафрагмы.

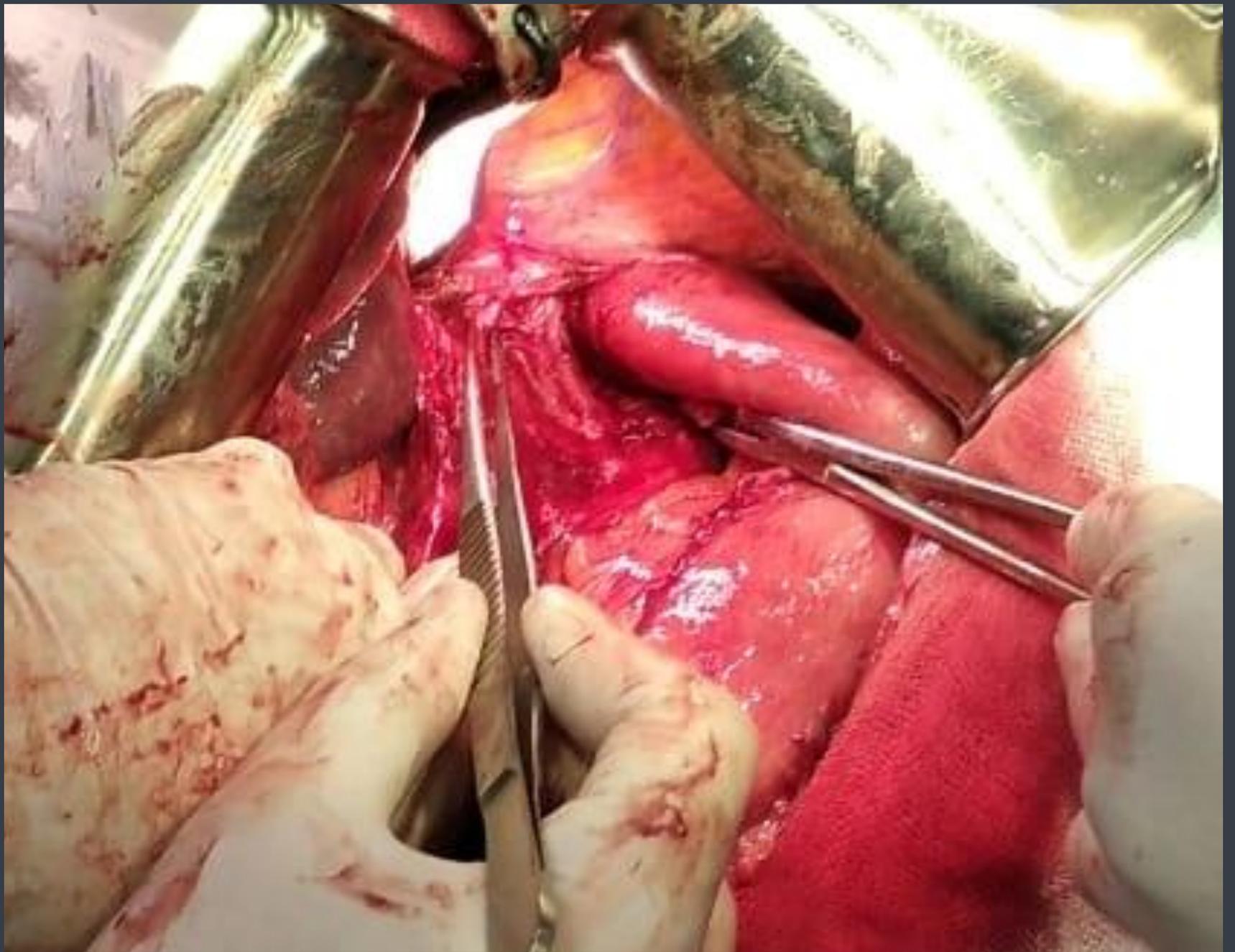
# ФУНДОПЛИКАЦИЯ ПО А.Ф. ЧЕРНОУСОВУ + СЕЛЕКТИВНАЯ ПРОКСИМАЛЬНАЯ ВАГОТОМИЯ

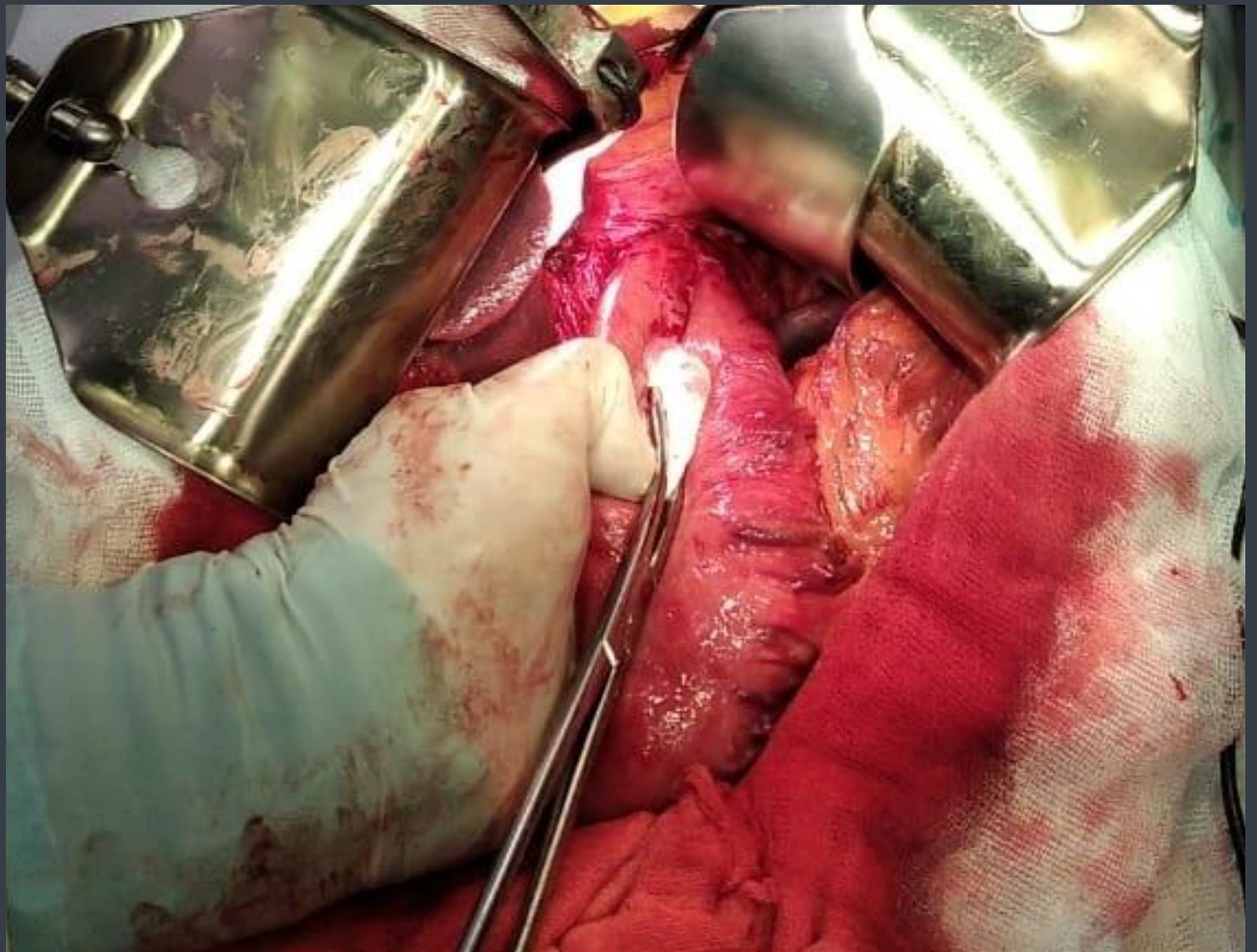


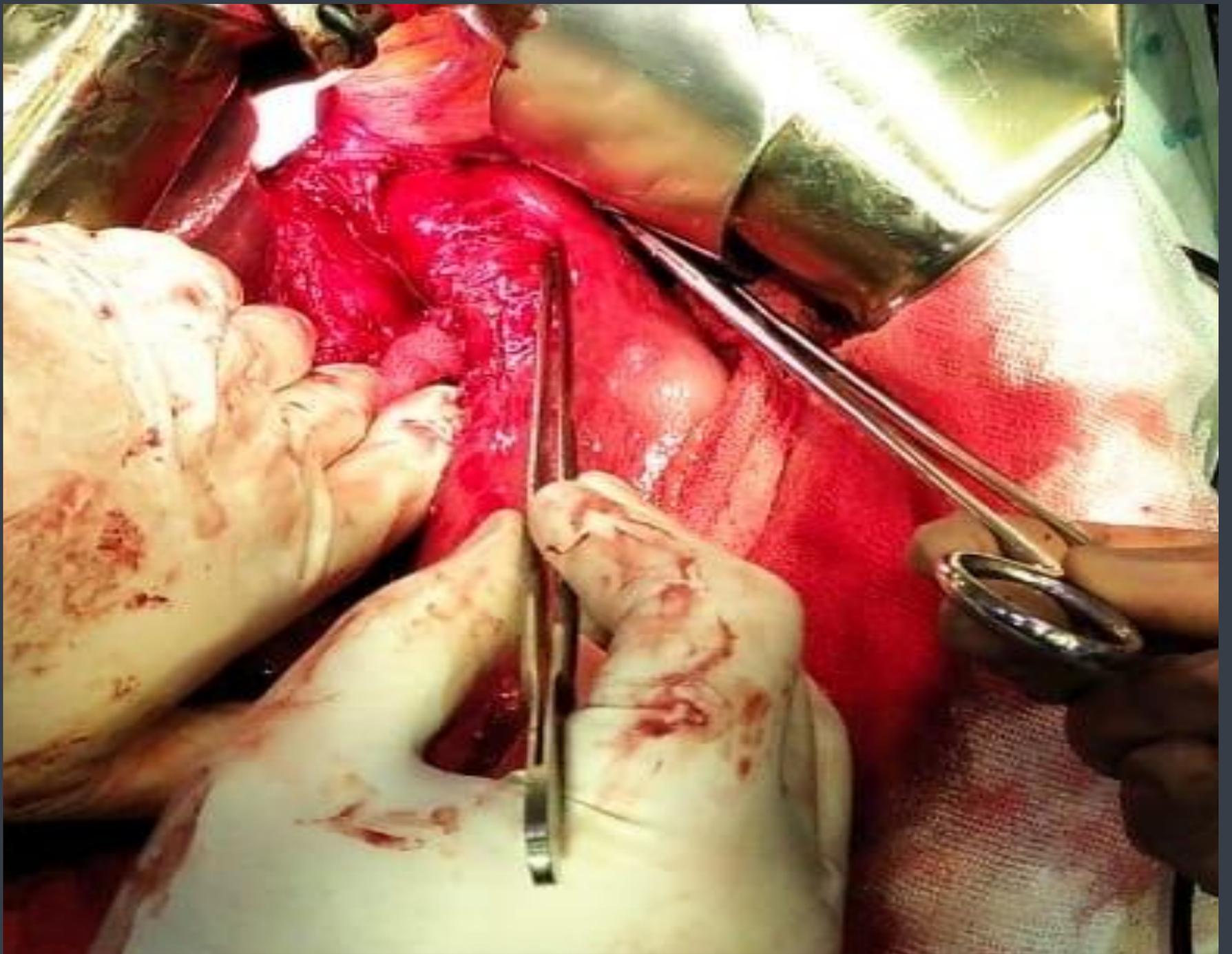


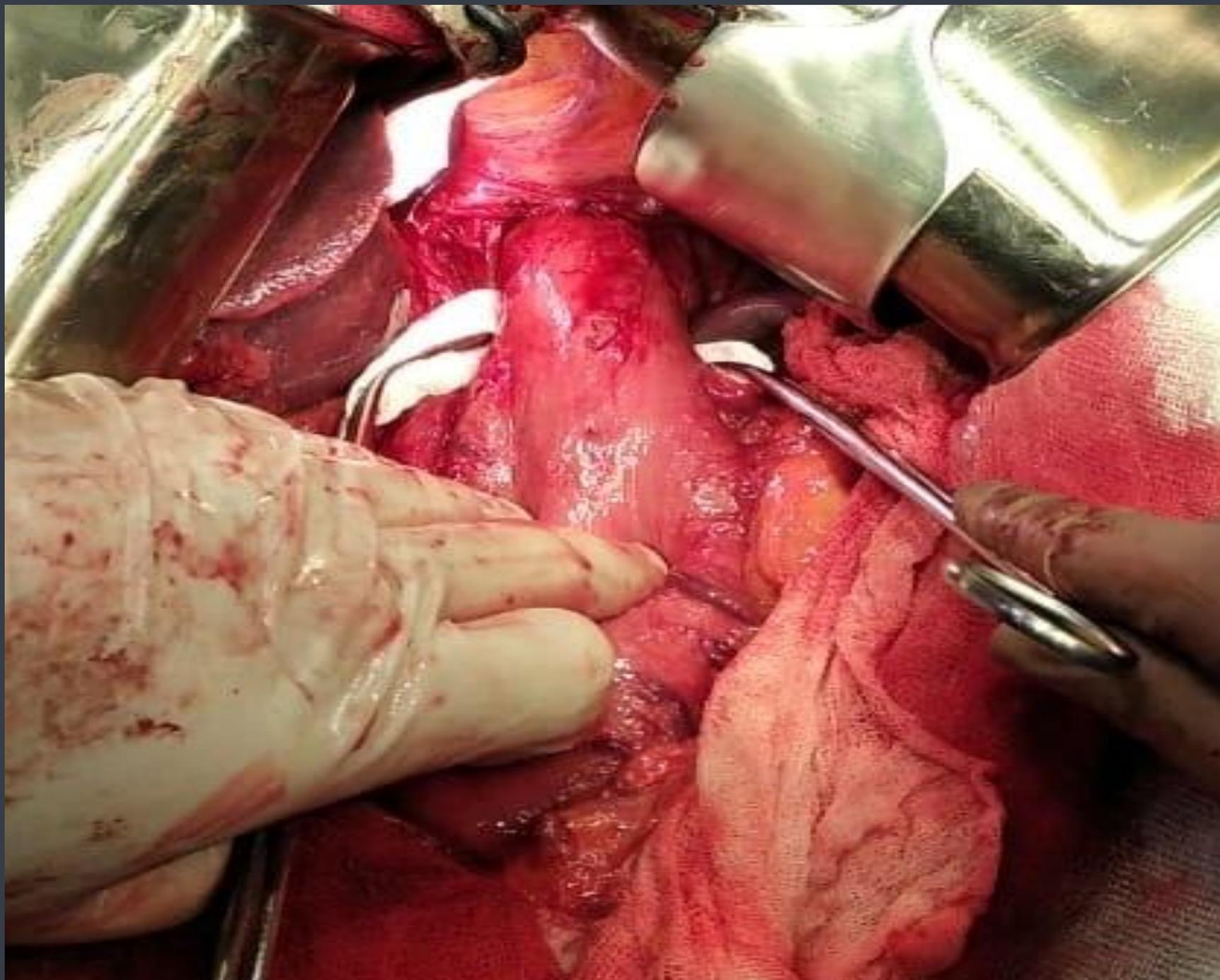


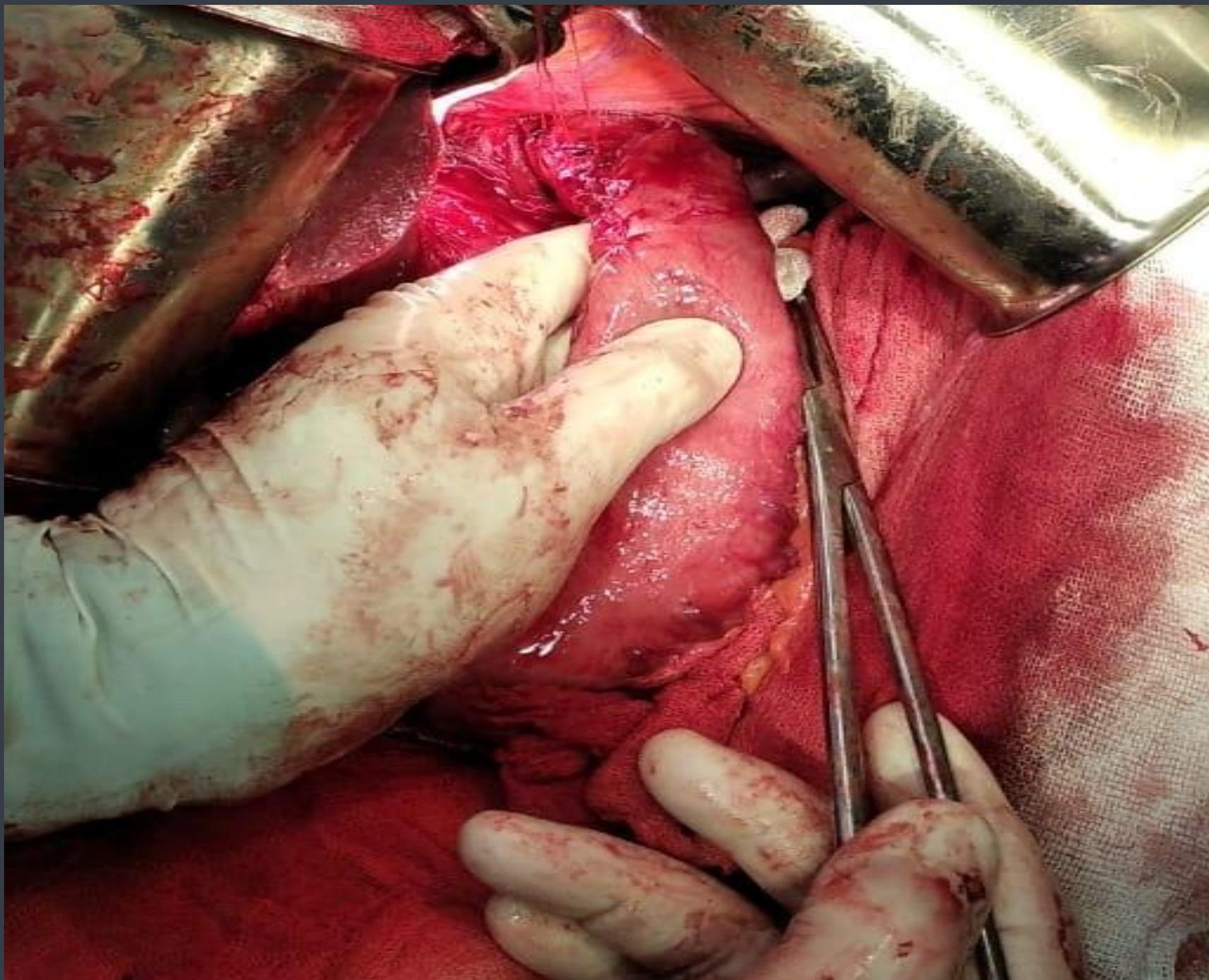












ТЕХНИЧЕСКАЯ СЛОЖНОСТЬ, НЕСТАНДАРТНОСТЬ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ГЭРБ, ТРЕБУЮТ ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ ИЗ ЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА С ОСОБЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ ОБЕСПЕЧЕНИЕМ. С ЦЕЛЬЮ УЛУЧШЕНИЯ ОСВЕЩЕННОСТИ ТРУДНОДОСТУПНЫХ ЗОН ПОДДИАФРАГМАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА НАМИ РАЗРАБОТАН РЕТРАКТОР СО СВЕТОДИОДНЫМ ПОКРЫТИЕМ РАБОЧЕЙ ЧАСТИ, СОЧЕТАЮЩИЙ В СЕБЕ ЭРГОНОМИЧНОСТЬ И ФУНКЦИОНАЛЬНОСТЬ, УДОБНЫЙ ДИЗАЙН И МАЛУЮ ТРАВМАТИЧНОСТЬ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ УЛУЧШИТЬ ОБЗОР И СВОБОДНО МАНИПУЛИРОВАТЬ НА ПИЩЕВОДЕ И КАРДИИ.

- ФОТО ИНСТРУМЕНТА, ОСВЕТИТЕЛЯ В СРАВНЕНИИ